

GE_GERICHTE ATAS/799/2010 vom 9. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_799_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/799/2010 du 9 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/799/2010 del 9 agosto 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit verser des prestations au recourant pour les troubles lombaires annoncés le 5 octobre 2009 suite à l'événement survenu le 6 octobre 2008.

E. 4

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Selon l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, il faut entendre par accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. A teneur de l'art. 4 LPGA, en vigueur dès le 1er janvier 2003, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 OLAA, la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés (ATF 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne

A/2210/2010 - 6/10 - puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233

consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA du 15 octobre 2004, cause U 9/04 ; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 178). Il n'y a pas d'accident lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 139 consid. 3b, ainsi que les références citées ; MAURER, op. cit. 1985, p. 178 ; GHELEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, 1992, p. 48ss).

E. 5

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

E. 6

En l'occurrence, le recourant est d'avis que l'intimée doit lui allouer des prestations pour les douleurs lombaires dont il souffre suite à l'événement du 6 octobre 2008, ce que l'intimée conteste. Il résulte des pièces versées au dossier que le recourant a eu, à trois reprises, l'occasion d'explicitier les circonstances de l'événement en question (déclaration de sinistre du 16 octobre 2008, son courrier à l'intimée du 3 novembre 2008 et entretien avec l'intimée le 1er décembre 2009). Selon les explications données par le

A/2210/2010 - 7/10 - recourant, son activité auprès de X _____ S.A. consistait à manutentionner des palettes vides qu'il empilait, avant de tirer la pile avec une transpalette. Il a indiqué que c'est en soulevant une palette vide, le 6 octobre 2008, qu'il avait ressenti une forte douleur au bas du dos, ce qui l'avait forcé à la lâcher subitement. Cette activité avait eu lieu dans des conditions normales et il n'y avait eu ni chute, ni glissade. Force est dès lors de constater que le fait de soulever une palette vide ne saurait être considéré comme un mouvement inhabituel pour le recourant. Cette activité n'a pas excédé le cadre des événements que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens pour le recourant. Faute d'un facteur extérieur extraordinaire, l'événement du 6 octobre 2008 ne répond à l'évidence pas à la définition de l'accident. Se pose alors la question de savoir si le recourant a subi une lésion assimilée à un accident. 25. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9

al. 2 OLAA qui prévoit que pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, certaines lésions sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, telles que les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan. Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2ème édition, 1989, 202). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 sv. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b; BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84). Le TFA a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident (ATF 129 V 466). Il a rappelé qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident devaient être réalisées (art. 9 al. 1 OLAA teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). En particulier, il a déclaré qu'à défaut de l'existence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions

A/2210/2010 - 8/10 - corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles étaient à la charge de l'assurance-maladie. Le Tribunal de céans relèvera préalablement que suite à l'événement du 6 octobre 2008, le recourant a souffert d'une entorse au poignet et au pouce gauches, soit une atteinte correspondant à une lésion du ligament au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA, dont les conséquences ont été prises en charge par l'intimée (courrier de l'intimée du 5 décembre 2008). S'agissant des douleurs lombaires dont se plaint le recourant, il ressort des pièces versées au dossier qu'aucune atteinte n'a été diagnostiquée immédiatement après l'événement du 6 octobre 2008. Le recourant fait certes valoir que le Dr A _____, médecin qui lui a prodigué les premiers soins ce jour-là, aurait oublié de mentionner les troubles dorsaux dans son rapport du 4 novembre 2008. Cependant, il y a lieu de constater que les explications fournies par le recourant à son employeur ne font pas non plus état de douleurs au dos, mais uniquement d'une lésion à la main (déclaration de sinistre LAA du 16 octobre 2008). Ce n'est que le 3 novembre 2008, alors que le traitement médical était déjà terminé, que le recourant a expliqué à l'intimée avoir ressenti une douleur au dos le 6 octobre 2008. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si le recourant a présenté des troubles lombaires immédiatement après l'événement litigieux, peut, en l'état, rester ouverte, dès lors que la question litigieuse porte sur les douleurs lombaires qui ont amené le recourant à consulter un médecin en août 2009. Selon le rapport établi le 7 octobre 2009 par le Dr D _____, le recourant présentait alors une inflammation vasculaire de la région dorsale basse et du sac dural (rapport du 7 octobre 2009). Or, cette atteinte ne fait pas partie des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. De surcroît, l'IRM pratiquée le 20 août 2009 n'a pas permis de mettre en évidence d'autre lésion. On doit dès lors admettre que l'intimée ne répond pas des douleurs lombaires qui ont amené le recourant à consulter dès août 2009. Le recourant est d'avis que l'intimée est tenue de lui verser des prestations, au motif qu'il ne souffrait pas de troubles lombaires avant l'événement du 6 octobre 2008, de sorte que ce dernier en serait indubitablement la cause.

Le Tribunal de céans fera remarquer que la question du lien de causalité entre les troubles lombaires et l'événement du 6 octobre 2008 n'est pas pertinente, en l'état, étant donné que cet événement ne répond pas à la définition de l'accident et que l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident n'a pas été admise. Au demeurant, même si tel avait été le cas, il n'en demeure pas moins que l'on ne saurait admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident, dès lors que cela revient à se fonder sur l'adage «post hoc ergo propter hoc», lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien

A/2210/2010 - 9/10 - (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b).

E. 7

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 20 avril 2010, à nier le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les douleurs lombaires annoncées le 5 octobre 2009. Le recours se révèle ainsi mal fondé.

A/2210/2010 - 10/10 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.